

THÈSE 225
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Alfred PERCHEVAL

Né à Gisors (Eure), le 30 mars 1879

Des Manœuvres abortives
CHEZ LES
Femmes qui ne sont pas enceintes

Président : M. le Professeur BAR

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

MARS 1911

225

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Alfred PERCHEVAL

Né à Gisors (Eure), le 30 mars 1879

Des Manœuvres abortives

CHEZ LES

Femmes qui ne sont pas enceintes



Président : M. le Professeur BAR

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

MARS 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINLEAU	GRÉGOIRE	LÉRI	RETTERRER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE, A MA MÈRE

A MA TANTE

Témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

MEIS ET AMICIS

A mes Maîtres de l'Ecole de Rouen.

A mes Maîtres de la Faculté de Paris.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

Nous ne terminerons pas nos études médicales sans remercier tous nos maîtres. Ils nous ont donné dans les hôpitaux un enseignement qui restera d'autant plus précieux qu'il éclaira nos premiers pas. Nous leur gardons à tous une profonde gratitude. Ils nous ont aidé de leurs conseils, encouragé de leur affection pendant de nombreuses années, nous ne pourrons jamais les oublier, ni nous acquitter envers eux de notre dette de reconnaissance.

Nos débuts dans la médecine ont été guidés par un maître bienveillant, M. le docteur Halipré, médecin des hôpitaux de Rouen. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici tous nos remerciements pour son enseignement, la bonté et l'amabilité qu'il nous a toujours témoignées.

En pathologie externe, notre premier maître fut le docteur François Hue, chirurgien des hôpitaux de Rouen. Grâce à son enseignement clair et précis et sous sa direction toujours agréable, nous avons appris l'art des pansements et commencé l'étude de la chirurgie. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous avons passé l'année scolaire 1905-1906 avec le docteur Didier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen. C'est lui qui a continué à nous familiariser avec l'art si délicat et si difficile de l'auscultation. Qu'il nous permette aujourd'hui de lui témoigner toute notre reconnaissance.

L'année 1906-1907 nous retrouve dans le service du docteur Brault, médecin de l'hôpital Lariboisière. Nous sommes fier d'avoir été son élève et d'avoir pu apprécier ses éminentes qualités. Grâce son enseignement journalier au lit du malade, il a étendu le domaine de nos connaissances en pathologie interne ; nous le prions d'accepter nos remerciements les plus sincères,

En 1907 nous avons accompli un stage chez M. le Docteur Auguste Broca, chirurgien des Enfants-Malades. Comme tous ceux qui ont eu le bonheur de l'approcher, nous avons apprécié hautement son enseignement magistral qu'il sait prodiguer si agréablement. Nous lui sommes profondément reconnaissant de la grande bienveillance qu'il nous a toujours réservée.

Pour ses bons conseils et pour tout ce qu'il nous a appris, tous nos remerciements au docteur Albert Mouchet, chirurgien des hôpitaux que nous avons eu comme chef de clinique aux Enfants-Malades.

M. le Docteur Lepage, accoucheur des hôpitaux, nous a initié à l'art des accouchements. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici l'assurance de notre respectueuse et profonde gratitude.

Dans notre stage d'accouchement que nous avons fait à la clinique Tarnier, nous avons eu la bonne fortune de travailler sous la direction du docteur Cathala, alors chef de clinique à la Faculté et maintenant accoucheur des hôpi-

taux. D'une bienveillance extrême, nous prodiguant ses bons conseils et son enseignement, nous indiquant plus tard le sujet de notre thèse, il a été pour nous un maître dont nous garderons toujours un précieux souvenir, aussi ne saurions-nous trop lui témoigner toute notre reconnaissance.

M. le Docteur Binet, moniteur à la clinique Tarnier, s'est constamment montré bienveillant et empressé envers nous pendant notre stage. C'est un excellent ami que nous sommes heureux de pouvoir remercier.

Que notre cher maître, le docteur Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis veuille bien agréer nos remerciements les meilleurs. Nous sommes très fier d'avoir été son élève pendant un an. Il nous a fait connaître la pathologie cutanée et syphilitique. Nous lui garderons une bien vive gratitude pour toute la bonté qu'il nous a toujours témoignée.

C'est un devoir agréable pour nous de remercier particulièrement le docteur Coudert, ancien chef de clinique à la Faculté. Nous avons eu le bonheur de profiter de ses leçons

et de son expérience à la clinique Tarnier. Nous n'oublierons jamais tout ce que nous lui devons, tout ce qu'il nous a appris pendant le temps malheureusement trop court où nous sommes resté avec lui. C'est à ses magistrales leçons que nous sommes redevable actuellement de la plus grande partie de nos connaissances obstétricales. Nous garderons de lui le meilleur souvenir, il a droit à notre gratitude et nous sommes heureux de la lui témoigner.

A M. le Docteur Balthazard, médecin-légiste, nos plus sincères remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée et toute notre reconnaissance pour les renseignements qu'il nous a donnés en vue de traiter la partie médico-légale de cet ouvrage.

A tous nos maîtres enfin, qui nous ont prodigué les trésors de leur science et nous ont donné des documents pour la rédaction de cette thèse, nous présentons nos plus respectueux hommages.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGIN D'HONNEUR

Il nous-a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; avec tous nos remerciements, nous lui adressons l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I^{er}

L'avortement criminel est de tous les temps et de tous les pays. C'est un des grands maux de notre époque, car il varie dans ses modes opératoires avec les connaissances médicales et dans sa fréquence avec les mœurs et l'état de la civilisation des diverses nations.

Les dangers toujours croissants qu'il présente, ont fait dans ces dernières années l'objet de nombreuses études. Toutes les statistiques publiées ont montré que le nombre des naissances diminuait sans cesse et que celui des avortements allait chaque année grandissant.

Au sein de toutes les sociétés savantes, à l'Académie de médecine, à la Société d'Obstétrique, à la Société de Médecine légale, des voix autorisées s'élèvent pour crier le danger de plus en plus menaçant,

C'est Tissier, disant qu'à Lariboisière, dans le

service Bonnaire, 20 o/o des entrantes viennent pour avortement, et que cependant, comme partout, beaucoup sont reçues dans les autres services.

C'est Bonnaire lui-même, donnant comme proportion, en 1904, 230 avortements sur 1.000 entrantes, nombre 46 fois plus grand que du temps de madame Lachapelle qui en accusait 1 pour 189.

C'est Brion qui dans sa thèse sur 500 cas d'avortement en trouve 369 criminels.

C'est Blondel, pour qui sur cent cas, quatre-vingts seraient provoqués. Ribemont-Dessaignes nous en donne 1 pour 5 accouchements. Escande 1 pour 9.

Maygrier 6 pour 100.

Baffet a relevé à Lariboisière et à la Charité de 1895 à 1903 dans le service de Maygrier tous les avortements et il constate que la proportion a passé de 6,8 o/o à 11,4 o/o.

En 1905, Doléris publie des statistiques :

Tenon 1891.....	5,07 o/o
— 1904.....	15,06 o/o
Saint-Antoine 1898....	6,66 o/o
— 1904....	18,49 o/o
Boucicaut 1898.....	7,8 o/o
— 1904.....	17,7 o/o

En six ans la proportion générale des avortements a triplé. Le pourcentage en 1898 est sensiblement le même et la progression pour 1904 est générale.

Doléris rapporte qu'à Tenon le 11 janvier 1905, il y avait en dehors de la maternité dans les différents services, 23 cas d'avortement : « Si on avait reçu, dit-il, à cette époque tous les cas, plus de la moitié des lits de la maternité aurait été prise.

Pour lui, la criminalité dans l'avortement serait de 50 o/o. Boissard constate qu'à Tenon pendant le dernier trimestre 1906, 268 entrantes fournissent 60 avortements ; c'est-à-dire qu'une femme sur 4,4 était hospitalisée avec ce diagnostic, soit 25 o/o et la proportion des avortements provoqués par rapport aux fausses couches serait de 75 o/o.

Les statistiques de l'étranger nous en donnent aussi une assez forte proportion :

Leubel	1 sur 42
Schrøder....	37 sur 100
Withead.....	1 sur 7
Abegy.....	1 sur 11
Hennerig.....	1 sur 10

Et enfin le professeur Bossi, de Gènes, qui dans son rapport à la douzième session de la société obstétricale de France, dit que pendant ces dix dernières années, les avortements ont augmenté de 3 à 18 o/o à la clinique universitaire de Gènes et de 19 à 36 o/o dans le service obstétrical à domicile (guardia obstetrica).

Mais ce ne sont pas que les accoucheurs et les gynécologues qui se plaignent de l'affluence des avortements, les services de chirurgie des hôpitaux

sont eux aussi encombrés. Mauclaire a pu constater dans un service de chirurgie générale, la présence de quinze femmes malades entrées pour fausses-couches, alors que la salle comporte un total de 45 à 50 lits.

En 1897, le Professeur Lacassagne écrivait dans les archives d'anthropologie criminelle : « Il y a 150 sages-femmes à Lyon ; une sage-femme nous raconte qu'elle voit à peu près trois avortements par semaine, ce qui fait 150 par an. Prenons une moyenne : nous pouvons admettre que sur 150 sages-femmes, il y en a 100 qui observent 100 avortements par an, soit 10.000 ; nous savons d'autre part qu'il y a 8000 à 9000 naissances par an, donc il y a plus d'avortements que de naissances.

Il serait possible de faire semblable statistique, pour toutes les grandes villes des pays avancés en civilisation, l'Allemagne, l'Angleterre, la Hollande, l'Italie, mais c'est surtout l'Amérique qui détient le record des avortements criminellement provoqués.

D'après Lewin, leur nombre à New-York atteindrait le chiffre colossal de 80,000 par an.

Comme ces statistiques viennent de le faire voir, il n'est pas excessif de dire que l'avortement est passé dans les mœurs, car les femmes y recourent avec la plus grande facilité.

Chez la plupart, la peur d'une grossesse est telle, qu'au moindre soupçon, à la suite d'un simple

retard de règles, elles s'exposent bénévolement aux pires accidents, tant chez elles est ancrée l'idée de tout subir plutôt qu'une grossesse, car elles considèrent d'ailleurs l'avortement comme bénin.

Pour arriyer à cette fin tant désirée, voyons un peu quels sont les moyens que la femme peut employer et à quelles personnes elle aura le plus souvent recours pour mener à bien son acte criminel.

Les moyens dont on se sert dans les tentatives d'avortement sont des plus variés. On les peut diviser en trois catégories, qui indiquent pour ainsi dire la marche ascendante de l'idée criminelle dans l'esprit de la femme qui désire avorter.

Dans la première catégorie, nous placerons les moyens abortifs, tels que saignées et sangsues, marches forcées, faux-pas, chutes, compression de l'abdomen.

Dans la seconde, nous ferons rentrer les substances abortives, purgatifs, diurétiques, plantes aromatiques, sabine, ruë.

La troisième enfin comprendra les manœuvres abortives directes. De celle-là seulement nous nous occuperons dans ce travail.

Parmi ces manœuvres, la ponction de l'œuf est incontestablement la plus efficace. Ce procédé très ancien dont les Romains se servaient n'est jamais tombé dans l'oubli ; l'instrumentation qu'il nécessite est aussi rudimentaire que possible. Les plus inattendus : baleine de corset, de parapluie, épingles

à cheveux et à tricoter, fers à papillotes, tringles de rideaux, manches de porte-plumes, cure-dents, crochets cassés à l'extrémité, ciseaux, ont été révélés par les expertises médicales. En Perse, d'après Pollak, les sages-femmes se servent d'instruments en forme de lame ; à Constantinople, on emploie la grande nervure d'une feuille de tabac ; au Japon, une fine branche de bambou ; dans l'Inde, la racine du *Plumbago-Zeylanica*.

Les manœuvres employées ne sont pas moins simples : la femme est couchée sur un lit ou sur une table et l'avorteuse lui applique un spéculum. Quand elle a reconnu le col utérin et la direction de son orifice, elle y introduit avec la plus grande facilité, l'instrument qu'elle a choisi. Celui-ci perfore les membranes et les dilacère. Quelques fois, la manœuvre se fait sans spéculum, l'avorteuse, après avoir reconnu par le toucher l'orientation du col et son orifice, pousse de l'autre main restée libre, le perforateur en le guidant sur l'index qui est déjà au fond du vagin.

« La sensation que les femmes éprouvent, écrit Brouardel, au moment où un instrument pénètre dans l'orifice du col de l'utérus est très variable. Lorsque la femme n'est pas enceinte, et que l'orifice interne est étroit, le plus souvent, elle éprouve, au moment où on passe la sonde utérine, une sensation douloureuse. Lorsque la femme est enceinte et qu'un accouchement par suite d'accidents assez

graves pour compromettre la vie de la femme est obligé de provoquer un avortement ou un accouchement prématuré, souvent la femme n'accuse aucune sensation. Lorsqu'il s'agit d'avortement provoqué par une main criminelle, il y a assez fréquemment une sensation de farfouillement ou de piqure nettement signalée dans des cas nombreux. Ajoutons qu'en dépit de l'habileté opératoire des avorteurs, ce procédé a donné lieu dans un grand nombre de cas à des accidents mortels dus surtout aux perforations utérines.

Le décollement de l'œuf est obtenu par des moyens variés que l'on peut classer en deux séries. Dans la première, nous ferons rentrer les sondes, bougies, stylets, hystéromètres. La seconde se compose d'un procédé unique très employé actuellement : l'injection utérine. Ce dernier moyen de provoquer l'avortement ne paraît pas très ancien.

On a prétendu, il est vrai, qu'Hippocrate le connaissait ; en réalité, si on constate que le Père de la Médecine ait conseillé l'emploi des injections utérines pour rappeler les menstrues, faciliter la conception et combattre la rétention des membranes, on ne trouve nulle part qu'il en ait conseillé l'emploi pour procurer l'avortement.

Il en est de même pour les médecins Grecs et Romains. Les médecins du Moyen-Age et ceux de l'époque moderne, Paré, Mauriceau, Leuret, Baudelocque, connaissaient parfaitement la médication

intra-utérine ; mais pas plus que leurs devanciers, ils ne songeaient à l'appliquer à l'avortement thérapeutique ou à l'accouchement provoqué.

C'est donc à une époque relativement récente que l'injection intra-utérine est entrée dans la pratique de l'avortement criminel.

L'instrumentation qu'elle nécessite n'est pas très variée. C'est en général un irrigateur ordinaire à main ou bien un irrigateur du genre Enema en caoutchouc jaune avec une seule boule et munie d'une canule vaginale en os à cinq trous dont un terminal. Voilà pour l'instrument. Il est chargé de liquides très divers (eau bouillie, lait, bouillon, décoction de seigle on de sabine, macération de quinquina, pétrole, solution de sublimé plus ou moins concentrée, eau de savon, lessive. Certaines sages-femmes enfin emploient une eau colorée en blanc ou en jaune, de l'eau d'argent ou de l'eau d'or, disent-elles ; leur but est d'augmenter leurs bénéfices en faisant payer plus chers leurs services illicites, car pour provoquer l'avortement la nature du liquide n'a aucune importance et l'eau pure est suffisante.

Quant au procédé employé, il est très simple : la femme se place debout, une cuvette entre les jambes ; l'avorteuse à genoux devant elle pratique le toucher afin de reconnaître l'orientation du col utérin. De la main restée libre, elle pousse dans les parties génitales de sa victime la seringue toute armée et munie de la sonde en caoutchouc. Celle-ci

guidée par l'index de la première main à travers le vagin, arrive au contact du col utérin ; sous une pression rapide, la seringue pénètre dans le col, puis l'injection est poussée lentement, la manœuvre est terminée.

L'efficacité de ce procédé est remarquable, ajoutons cependant qu'il a donné lieu dans un nombre important de cas à des accidents très graves qui se sont terminés le plus souvent par la mort de la femme.

La dilatation du col a été employée comme moyen définitif pour préparer la ponction. L'arsenal utilisé dans ce but est assez varié.

L'éponge préparée sert depuis longtemps. Des cônes de la racine de l'algue (*laminaria digitata*) lisses et tournés avec soin produisent le même résultat, leur emploi est fréquent en gynécologie. Le dilatateur utérin de Tarnier, tous les systèmes de ballons, mis en usage dans ces dernières années, le doigt, ont successivement servi.

Le mode opératoire suivi pour l'introduction est le même que celui indiqué plus haut.

De tous les procédés mécaniques, celui-ci est certainement le plus inoffensif, il expose peu la vie de la femme, mais c'est un procédé très lent.

Quelques-unes de ces manœuvres pouvant être faites sans spéculum, on s'est posé cette question : Une femme peut-elle se faire avorter elle-même ?

Un grand nombre d'observations que nous avons

eues sous les yeux sur ce sujet nous permet de répondre à cette question par l'affirmative.

La femme couchée sur un lit dans le décubitus dorsal, peut avec son doigt repérer assez facilement son col utérin et y introduire l'objet choisi par elle pour provoquer son avortement, ou bien encore prenant la position accroupie, au-dessus d'un miroir placé entre les jambes, elle peut s'introduire un speculum, le col de l'utérus devenu ainsi visible, il lui est facile de prendre une injection intra-utérine.

Comme nous venons de le voir, les moyens ne manquent pas aux femmes désireuses de se débarrasser d'une grossesse gênante. La terreur de la maternité, la phobie de la grossesse est maintenant telle que beaucoup de femmes ayant un retard de règles de quelques jours seulement, se figurent être en état de grossesse et qu'elles font usage *sponte sua* de divers instruments fabriqués ad hoc.

Leur aménorrhée qu'elles craignent tant, peut être produite soit par une insuffisance organique, soit par une perturbation profonde de la nutrition chez la femme, soit par des lésions génitales. Les conditions d'une menstruation régulière peuvent donc se résumer de la façon suivante :

intégrité de l'appareil génital,
composition normale du sang,
état normal du système nerveux.

Une influence perturbatrice quelconque ayant

l'une ou l'autre de ces origines, peut, ou empêcher la maturation de l'ovule, ou troubler l'ovulation, ou entraver par action inhibitrice sur le grand sympathique et les vaso moteurs la congestion intense qui est la condition immédiate de l'écoulement menstruel.

L'aménorrhée secondaire dont nous parlerons seulement ici peut reconnaître pour cause un appauvrissement du sang et un état de débilitation profonde dans le cours d'une maladie chronique ou à la suite d'une maladie aiguë, l'anémie, la chlorose, la maladie de Bright, le diabète, l'alcoolisme, le morphinisme, la cachexie cancéreuse ou palustre, la tuberculisation pulmonaire, la convalescence des grandes pyrexies agissent de la sorte. Les affections chirurgicales aiguës ou chroniques peuvent de la même manière amener l'aménorrhée.

C'est encore à l'anémie profonde qui accompagne l'invasion de la diathèse qu'on doit sans doute attribuer l'aménorrhée des syphilitiques.

L'influence du système nerveux est aussi considérable dans la production de l'aménorrhée. La frayeur produit souvent une suspension temporaire des règles. C'est à la dépression morale autant qu'à l'anémie provoquée par la réclusion qu'est due l'aménorrhée des prisonnières. La chlorose qui provoque l'aménorrhée paraît bien être réellement une maladie du système nerveux. L'absence de rè-

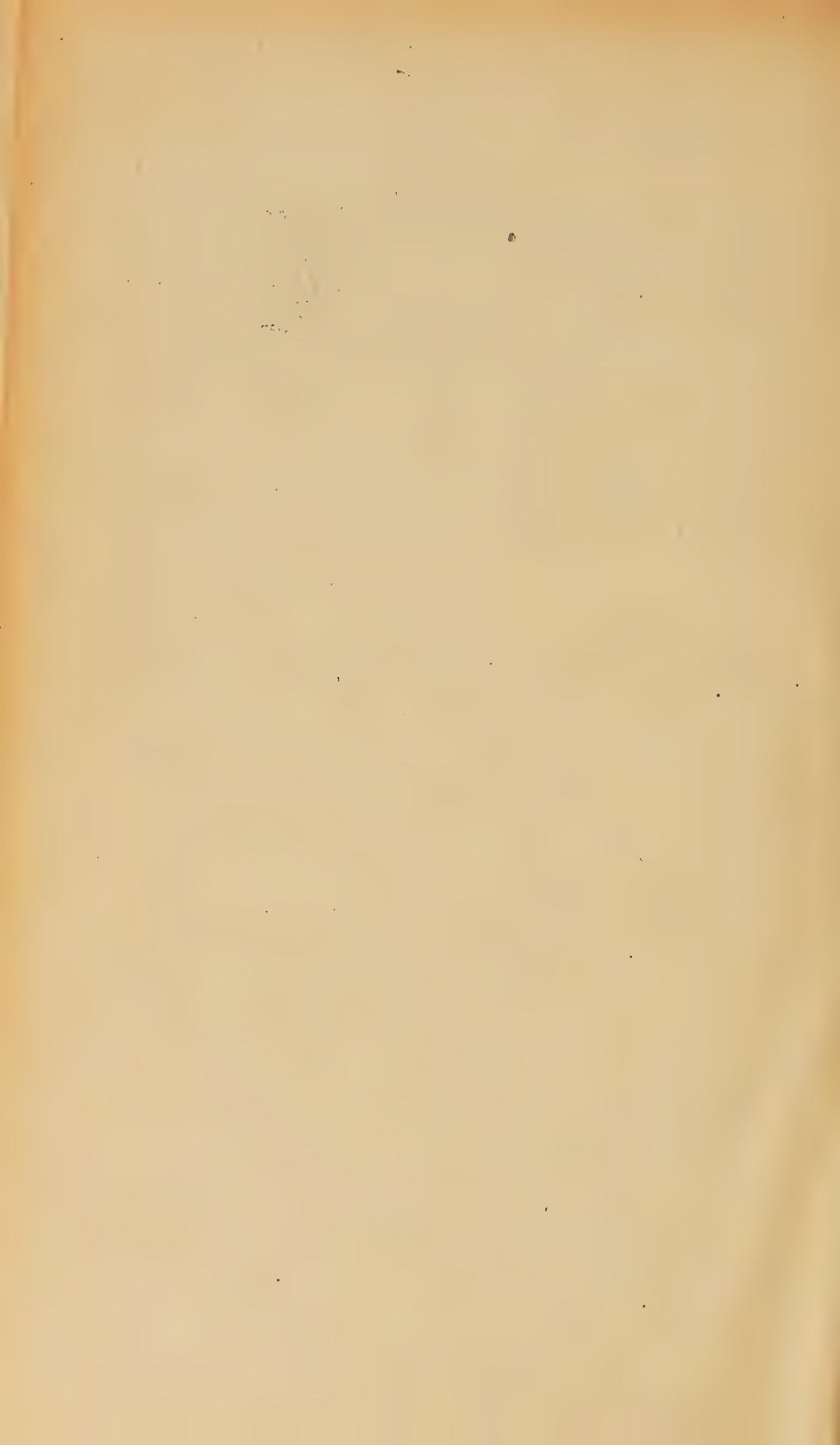
gles est très fréquente chez les hystériques, le refroidissement brusque qui est souvent noté comme cause occasionnelle de l'aménorrhée agit probablement par la voie vaso-motrice. C'est au pouvoir inhibiteur du système nerveux qu'il faut rapporter l'aménorrhée émotive des nouvelles mariées et des femmes désirant ardemment des enfants. Il est enfin une aménorrhée qu'on pourrait appeler craintive des femmes qui par suite d'une liaison irrégulière ou pour toute autre raison redoutent une grossesse.

Comme nous venons de l'énumérer, il y a de nombreuses causes à l'aménorrhée, causes ignorées de la plupart des femmes ; aussi lorsque ces dernières ne voient pas apparaître leurs règles, elles pensent de suite à un commencement de grossesse et, comme elles savent que les phénomènes de l'ovulation et de la menstruation sont si intimement liés qu'on les a considérés comme ayant entre eux une relation de cause à effet, sans attendre davantage, elles se rendent chez unes de ces horribles matrones dont la spécialité est de débarrasser toutes celles qui sont peu désireuses de maternité.

C'est alors que l'on voit des femmes non enceintes qui se font ou se font faire des manœuvres destinées à interrompre le cours d'une grossesse imaginaire.

Nous avons recherché dans la littérature, chez les

accoucheurs, chirurgiens et gynécologues, les observations connues qui ont trait à ces cas. Nous en avons trouvé dix-huit, c'est bien peu, car lorsqu'il n'y a pas eu d'accidents sérieux, les femmes se gardent bien de venir à l'hôpital et de mettre le médecin au courant de ce qu'elles ont fait.



CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Docteur E. COUDERT.

Une jeune femme de 23 ans ayant eu un retard de huit jours et se croyant enceinte, s'introduit ou se fait introduire, le 28 juin 1900, dans l'utérus, une épingle à cheveux, dans le but de provoquer l'avortement. Le corps étranger introduit ne peut plus être retiré ; aussi, la malade, qui a eu dans la nuit une hémorrhagie assez abondante, va-t-elle consulter son médecin qui n'ayant pu extraire l'épingle, amène sa cliente à l'hôpital Tenon.

Le doigt introduit dans le vagin rencontre près de la vulve l'épingle à cheveux, recourbée à angle droit à son extrémité ; l'orifice externe du col non ramolli, est entr'ouvert.

Le col est saisi avec deux pinces à griffes, et l'utérus abaissé. Des tractions légères sur le corps étranger sont alors faites sans résultat.

A ce moment, la malade avoue que l'autre extrémité de l'épingle est également recourbée en crochet. Une pince à pansement est introduite facilement dans le col le long de l'épingle, qu'elle suit jusqu'au fond de l'utérus. On reconnaît alors que des mouvements de rotation sur elle-même étant imprimés à l'épingle, que celle-ci a pénétré dans la paroi utérine.

La pince étant ouverte dans l'utérus, le corps étranger est saisi entre les mors, et par un léger mouvement de rotation de la pince, on arrive à détacher l'épingle de la paroi utérine et à l'amener au dehors. L'épingle à cheveux a une longueur totale de 14 centimètres, elle est recourbée à ses deux extrémités, à angle droit à l'extrémité qui était dans le vagin, à angle aigu à l'extrémité qui était dans l'utérus ; la portion recourbée inférieure a 1 centimètre 7, la portion recourbée supérieure a 2 centimètres ; la longueur de l'épingle entre les deux portions recourbées est de 10 centimètres. Légère hémorrhagie au cours de l'intervention, injection intra-utérine et tamponnement vaginal à la gaze iodée. La malade refuse de rester à l'hôpital et part aussitôt l'extraction du corps étranger.

Il n'y avait pas de grossesse.

OBSERVATION II

D^r CATHALA

La femme Juliette L..., âgée de 41 ans, herboriste, est admise le 31 août 1906 au service d'isolement de la clinique Tarnier.

Elle n'aurait jamais eu de maladies graves, et n'aurait jamais souffert du ventre. Toujours bien réglée, peu abondamment, elle a eu antérieurement trois grossesses. La première s'est terminée par un avortement au cinquième mois, les deux autres se sont terminées normalement à terme par la naissance d'enfants bien portants, âgés actuellement de 16 et 13 ans.

Le 15 août, la femme ne voyant pas apparaître ses règles qu'elle avait eues le 8 juillet, se croit enceinte.

Pour faire passer sa grossesse, elle absorbe plusieurs substances abortives, dont elle faisait d'ailleurs le commerce, puis elle fit des manœuvres intra-utérines qu'elle ne veut préciser.

Le 19 août, elle ressentit de vives douleurs dans le bas-ventre et eut un écoulement sanguin, puis apparurent des vomissements qui devinrent fréquents à partir du 22 août.

Le médecin qui la soignait, voyant l'état de sa malade s'aggraver, l'envoya à la maison Dubois avec le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide ; examinée à cet hôpital, et considérée comme étant enceinte, elle fut dirigée sur la clinique Tarnier.

A son arrivée à la clinique Tarnier, le 31 août, à 9 heures du soir, la femme est dans un état d'agitation extrême, entrecoupé, par moments, de somnolence, due probablement aux nombreuses injections de morphine faites dans la journée. La température est de 39°8, le pouls bat 130 pulsations à la minute. Le ventre est un peu ballonné, mais non tendu, et nullement douloureux au palper. Par le toucher, le doigt atteint le col utérin en haut et en avant, presque au contact de la symphyse du pubis. Le col est fermé de consistance élastique, un peu mou dans sa portion supérieure ;

au-dessous du col, on sent une masse régulièrement arrondie, non douloureuse, de consistance assez ferme, adhérente à l'excavation et au plancher.

On ne perçoit aucun sillon entre cette masse et le col utérin et on pense qu'il s'agit du corps de l'utérus augmenté de volume, on hésite entre le diagnostic de rétroversion d'un utérus grévde avec infection causée par les manœuvres abortives pratiquées par la femme.

La malade aurait eu de la fréquence des mictions les jours précédents; elle n'a pas de rétention d'urine et par le cathétérisme, on ne retire de la vessie que quelques centimètres cubes d'une urine claire ne contenant pas d'albumine. La palpation des régions rénales ne révèle aucune douleur ni aucune tumeur. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur et des poumons.

1^{er} septembre. La malade a été très agitée toute la nuit; on a dû pratiquer une injection sous-cutanée de morphine. Le matin T 39°8 P 130. La femme est toujours très agitée et délire; le soir T 40°2, P 140. La femme n'est pas allée à la selle depuis la veille.

2 septembre. La malade a été un peu moins agitée pendant la nuit; le matin T 37°8, P 124. Dans la journée agitation constante, délire bruyant. La malade a qui on a donné 30 grammes d'huile de ricin souillé continuellement son lit. Le soir T 38°8, P. 140. A l'auscultation on entend des râles de congestion à la base des poumons.

3 septembre. Délire et agitation toute la nuit; le matin T 37°8, P 124, le délire bruyant de la femme gêne les autres malades et on décide de la faire transporter dans un service spécial.

Mais à trois heures et demie la malade a des crises convulsives qui se répètent à plusieurs reprises et qui abou-

tissent à un coma profond, le pouls devient incomptable, la température atteint 42° à 4 heures du soir. Deux heures après la malade mourait dans le coma.

Autopsie le 5 septembre à 10 heures du matin. À l'ouverture de l'abdomen on trouve les anses intestinales dilatées, légèrement congestionnées. Le petit bassin est obstrué par une masse rougeâtre recouverte par un peu de liquide séreux, cette masse est fluctuante en grande partie en essayant de l'énucléer, on la rompt et il s'écoule un flot de pus jaune, granuleux, assez épais.

Tout le contenu du petit bassin est enlevé en bloc, on voit alors que la masse qui le remplissait est formée en grande partie par la trompe gauché énormément dilatée et remplie de pus.

Le corps utérin est refoulé en avant et à droite, l'utérus est un peu gros, sa cavité est vide, elle ne présente aucune trace d'avortement récent ; la muqueuse utérine est congestionnée, on ne relève aucune lésion traumatique, les annexes du côté droit sont saines.

La vessie se trouve en avant et à gauche, les uretères et le bassinnet ne sont pas dilatés ; le foie et la rate ne présentent aucune lésion.

Dans le poumon gauche, il existe un foyer de congestion étendu dans tout le lobe inférieur, le poumon droit est normal, il existe quelques adhérences pleurales anciennes qui l'unissent à la partie antérieure du thorax. Le cœur ne présente aucune lésion du myocarde ni des valvules.

OBSERVATION III

Dr JEANNIN

Une jeune femme de 25 ans, demi-mondaine de profession, nullipare, se croit enceinte en juillet 1907, ses dernières règles ayant eu lieu six semaines auparavant.

Je fus appelé près d'elle parcequ'elle souffrait du bas-ventre et qu'en même temps elle était prise de vomissements.

En l'interrogeant j'appris qu'elle avait tenté de se faire avorter deux jours auparavant, sans me renseigner sur les moyens employés, je l'examinai et trouvai un utérus normal, certainement pas augmenté de volume, un col rigoureusement fermé, les culs-de-sac vaginaux souples, un peu sensibles ; je me bornai à placer de la glace en permanence sur l'abdomen.

Pendant sept à huit jours, les symptômes furent les suivants : Température oscillant entre 39° et 40°, insomnie, état général typhique, si bien que l'on admit la possibilité d'une doliénenthérie, mais le sero-diagnostic resta négatif. Ecoulement utérin presque nul, consistant simplement en quelques taches rosées, vers le 10^e jour les symptômes s'amendèrent et tout rentra dans l'ordre.

Cette femme eut ses règles quinze jours plus tard, absolument comme d'habitude, l'utérus examiné à maintes reprises n'avait pas montré à aucun moment le moindre signe de gravidité.

OBSERVATION IV

Dr JEANNIN

Je fus appelé en février 1909 près d'une dame de 28 ans, sans profession, nullipare, qui me dit qu'elle venait de ressentir un frisson, sa température prise immédiatement était de 40°.

Elle me fournit aussitôt les renseignements suivants : ayant un retard de cinq semaines elle était allée l'avant-veille de ma visite trouver une sage-femme qui lui avait fait une injection intra-utérine d'eau bouillie. Quelques petites pertes sanguines avaient suivi cette injection, mais rien n'avait été expulsé. Je trouvai l'utérus petit, un peu mou, extrêmement douloureux, la femme perdait un peu de sang comme à la fin des règles. Pendant 5 à 6 jours la fièvre oscilla entre 37° et 39°, puis elle cessa progressivement vers le septième ou huitième jour. A ce moment la femme perdit un peu plus de sang liquide, absolument semblable au sang des règles, mais n'expulsa pas le moindre caillot ; le col resta tout le temps long et rigoureusement fermé. Tout se termina ainsi sans autre traitement que l'application de glace en permanence avec des injections vaginales très chaudes. Cette femme garda pendant plusieurs semaines une sensibilité très prononcée au niveau de l'isthme utérin.

Depuis sa santé s'est complètement rétablie, et les époques mensuelles reviennent très régulièrement.

OBSERVATION V

Dr GUÉNIOT

Hématocèle péri-utérine apparue à la suite de manœuvres abortives et prise pour une suppuration annexielle.

Mlle C..., 32 ans, sans profession a eu un accouchement à terme en 1896 (enfant vivant actuellement) et plusieurs avortements, cinq ou six elle ne s'en rappelle pas exactement le nombre. Elle a l'habitude, quand un retard survient dans ses règles, de faire pratiquer des manœuvres abortives. C'est ce qu'elle avait fait une fois de plus quelques jours avant son entrée à la clinique Tarnier. Ses dernières règles avaient eu lieu du 4 au 7 octobre 1909. En novembre, ne les voyant pas venir, elle alla trouver, le 11, un médecin qui lui fit des manœuvres abortives, mais elle ne sait pas ou elle ne veut pas préciser en quoi celles-ci, au juste, consistèrent. Quoiqu'il en soit, elle commença immédiatement chez le médecin même, à perdre un peu de sang. Le 14 novembre, survinrent de vives douleurs, de la fièvre atteignant 40° et des vomissements, tandis qu'elle continuait à perdre du sang. Elle aurait, croit-elle, perdu le 16, un caillot avec membranes.

Un docteur appelé auprès d'elle ayant conseillé son transfert à la clinique, elle y arriva le 16 vers midi et fut placée au service d'isolement.

On se trouve alors en présence d'une femme ne cachant pas les manœuvres criminelles qu'elle a subies, ayant une température de 38°8, avec 108 pulsations ; l'abdomen légèrement ballonné et présentant à la palpation une défense musculaire très marquée.

Le toucher montre un col fermé, un utérus petit, il n'y a

pas trace d'écoulement sanguin. A voir l'état du col de l'utérus, celui-ci paraît être vide, soit que l'expulsion de l'œuf très jeune soit effectuée, soit peut-être (et d'après l'examen de l'utérus, j'eus tendance à adopter cette opinion) que cette femme se soit fait pratiquer des manœuvres alors qu'elle n'était pas enceinte.

En définitive, il ne paraissait exister aucune indication de faire une intervention intra-utérine, mais seulement de combattre les accidents infectieux péritonéaux peut-être déjà existants, ou du moins paraissant menaçants, apparus à la suite des manœuvres abortives.

Je prescrivis donc un traitement convenant à une menace de péritonite : glace sur le ventre, extrait d'opium à l'intérieur (0 gr. 03) jusqu'au lendemain, ingestion d'aliments et boissons interdite ou pour mieux dire réduite à une cuillère à café de lait toutes les heures.

Le lendemain, 17 novembre, la température a baissé, 38° le matin, 37°5 le soir ; la malade souffre moins, elle n'a pas de nausées. On continue le même traitement : 0 gr. 05 d'extrait d'opium par 24 heures en plusieurs fois.

Les jours suivants, le ventre reste douloureux à la palpation et présente toujours une forte défense musculaire ; la température monte tous les soirs entre 38° et 38° 5, le pouls oscillant aux environs de 100 par minute. A mesure que le temps passe, les craintes d'accidents péritonéaux du moins généralisés tendent à s'effacer de plus en plus ; le traitement reste le même, glace sur le ventre, opium et ingestion très peu abondante de liquide. Mais le 18 on donne un lavement, celui-ci n'ayant pas eu d'effet et la malade n'étant pas allée à la garde-robe depuis cinq jours, on lui donne le 19 novembre de l'huile de ricin qui provoque plusieurs

selles. Le 20 on commence à l'alimenter on lui donne des potages.

Le 21 un examen gynécologique bi-manuel est tenté, mais ne donne pas grand renseignement, en raison de la contraction de la paroi abdominale ; par le toucher on constate cependant que la pression, dans le cul-de-sac vaginal, est plus douloureuse en arrière et à droite que dans les autres points. Je considère comme probable qu'une localisation de l'infection sur les annexes droites est en train de se faire et que ce sont ces lésions en évolution qui entretiennent la fièvre, la glace sur le ventre est continuée, d'autre part je prescris de grandes irrigations rectales chaudes, mais comme celles-ci ne peuvent être continuées, parce que le liquide, chez cette malade, reste dans l'intestin sans sortir, à mesure qu'on le fait pénétrer, je les fais remplacer le lendemain par des irrigations vaginales chaudes.

Le 23 novembre, la palpation de l'abdomen a cessé d'être douloureuse dans la région sus-ombilicale mais elle continue à le rester dans la région sous ombilicale ; la fièvre persiste toujours (38°,5 le soir et monte même à 39° dans la soirée du 24).

Le 24 une nouvelle exploration bi-manuelle ne permet pas encore de rien sentir avec la main appliquée sur l'abdomen, car la partie inférieure de celui-ci reste douloureuse et y fait sentir un empatement diffus, une absence de souplesse de ce cul-de-sac qui ne se laisse pas refouler par le doigt. Le diagnostic d'annexite droite pourrait se confirmer.

Le 26, la malade a des vomissements alimentaires et sa température s'élève le soir à 40°.

Le 27 novembre, le toucher semble montrer une collec-

tion en arrière et à droite de l'utérus. Je prie M. Brindeau d'examiner la malade, il conseille une colpotomie.

La malade est aussitôt chloroformée et une nouvelle exploration pratiquée sous l'anesthésie permet de sentir une masse volumineuse aussi bien à gauche qu'à droite de l'utérus. J'incise au bistouri la paroi vaginale en arrière et au ras du col, puis avec le doigt (aidé par moments prudemment des ciseaux) je décolle le tissu cellulaire rétro-cervical en suivant étroitement du doigt la face postérieure de l'utérus et en cherchant à atteindre les collections constatées qui paraissent plus éloignées du cul-de-sac vaginal qu'il n'avait semblé tout d'abord. Après avoir profondément décollé le tissu cellulaire derrière et sur les côtés de l'utérus, sans avoir rompu la séreuse (car le cul-de-sac de Douglas ne bombait pas) je finis par me créer un passage jusqu'aux collections senties par l'exploration. Du côté gauche, le doigt pénétra dans une cavité et au moment où il en effondrait la paroi, je vis s'écouler par le vagin, non pas du pus comme on s'y attendait, mais du sang liquide, noirâtre, non fétide, en quantité notable, il s'agissait donc d'une hématocele. J'introduisis un gros drain en croix dans la cavité. Du côté droit, le doigt arrivait aussi sur une masse assez volumineuse sentie par le palper bi-manuel, mais je ne parvins pas à en crever la paroi qui paraissait assez épaisse; aussi me contentai-je de pousser profondément un drain simple, non dans cette masse que je n'avais pu ouvrir, mais à côté d'elle. Mèche au peroxyde de zinc dans le vagin. Injection sous-cutanée de sérum artificiel, 500 gr.

Le soir T 38°, P 110. Il s'est écoulé en abondance du sang noirâtre dans le pansement vulvaire celui-ci est changé, on voit le sang noirâtre non fétide, s'écouler par l'embouchure

du drain gauche, celui qui fut mis dans la poche d'hématocèle ouverte.

Dès le lendemain de l'intervention, la fièvre tombait, la température à 36° 9 le matin restait le soir à 37° 1 alors que tous les soirs depuis dix jours elle avait monté entre 38° et 39° et même à 40° la veille de l'opération. Le pansement fut changé y compris la mèche vaginale très imbibée de sang sans odeur.

Le 29 puis le 30 novembre, l'écoulement de sang par le drain dans le pansement vulvaire diminua beaucoup. Le 1^{er} décembre celui-ci était fort peu souillé teinté en rose ; la température d'autre part ne dépassait plus depuis la colpotomie 37° 5.

J'enlevai le pansement vaginal et les drains pour les remplacer, et c'est alors (4 jours après l'opération) que je constatai en refaisant le pansement, l'existence sur la paroi antérieure du rectum, au-dessus de l'incision vaginale, en arrière du col, d'une petite fistule par où s'écoulaient des matières fécales. Cette fistule devait retarder un peu la sortie de la malade de la clinique, mais elle put guérir seule, sans intervention. Je remis deux drains moins gros à la place de ceux que j'avais retirés et une mèche de gaze au peroxyde de zinc dans le vagin ; et en raison de la fistule, je prescrivis de constiper la malade en lui donnant 0 gr. 05 d'extrait d'opium par 24 heures avec régime lacté exclusif. Les jours suivants je changeai quotidiennement le pansement vaginal.

On n'y voyait pas de matières fécales. Le 3 décembre, je supprimai l'un des drains, celui de droite.

Lavage vaginal à la liqueur de Labarraque lors du changement quotidien du pansement. Le 6 décembre, je fis

donner de l'huile de ricin, mais le 7 on trouva des matières fécales dans le pansement vaginal, la fistule n'était donc pas obliterée. Je prescrivis de nouveau l'opium et le régime lacté. Des matières fécales passent dans le vagin le 8 et 9 décembre. Le 9 je supprime tout drain et tout pansement vaginal et je prescris trois injections vaginales par jour à la liqueur de Labarraque. Le 10 décembre il ne passe pas de matières fécales, le liquide de l'injection vaginale revient. Le 14 on cesse l'opium et le lendemain on donne de l'huile de ricin mais les matières fécales passent en partie par le vagin.

Continuation des mêmes injections vaginales.

On recommence le 16 à constiper la malade comme précédemment ; le 18, dans un lavage rectal à l'eau bouillie, il passe une partie du liquide par le vagin.

Le 21, la malade va à la selle spontanément par l'anus et on lui fait un lavage intestinal qui ramène des matières abondantes et très dures que j'avais senties à travers la cloison recto-vaginale en pratiquant un toucher vaginal, l'opium est cessé.

Le 22, un lavement évacue encore des matières dures par l'anus sans passage de liquide par le vagin.

Le 24, la convalescente se lève.

Le 26 décembre, un examen du vagin avec des valves ne montre plus aucune surface cruentée; on voit seulement derrière le col, un sillon transversal, régulier, linéaire, répondant à l'incision. Par le palper bi-manuel, on constate que l'utérus n'est pas gros, est mobile ; on ne sent rien dans les culs-de-sac autour de l'utérus et l'exploration n'est pas douloureuse.

La malade quitte la clinique, complètement guérie, le 29 décembre.

Le 3 février suivant, elle entre de nouveau à la clinique pour des douleurs dans le bas-ventre, entraînant de la difficulté pour la marche. L'examen fait constater une annexion du côté droit, masse volumineuse, grosse comme une mandarine au moins, et douloureuse.

La malade est mise au repos avec des irrigations vaginales très chaudes ; le traitement est continué pendant plusieurs semaines ; la malade ne présente pas d'élévation de température, les douleurs spontanées disparaissent ; la tuméfaction annexielle diminue progressivement, après un mois de traitement, elle n'est plus que du volume d'une noix.

OBSERVATION VI

Docteur FIEUX, de Bordeaux

Péritonite aiguë consécutive à des manœuvres abortives dirigées contre une grossesse imaginaire.

Au mois de décembre 1905, une sage-femme me faisait appeler auprès d'une malade dont l'état général était devenu subitement très grave à la suite de tentatives d'avortement.

Je me trouvai donc auprès d'une femme de 47 ans, qui me conta l'histoire suivante :

Elle avait eu toujours une santé excellente et avait un fils âgé de 22 ans. Ses règles, toujours très régulières, auraient dû se montrer dans les premiers jours du mois de décembre. Leur absence au jour fixé la mit dans un état d'affolement extrême, d'autant plus que certaines malaises et en particulier des modifications du côté des seins, venaient encore appuyer l'idée d'une grossesse. Cette femme n'eut plus alors qu'une pensée, celle de faire disparaître cette grossesse

gênante : bains de pied, armoise, safran, eurent l'effet habituel, et le 12 décembre elle recourut alors à une arme plus directe. Au moyen de l'irrigateur d'Eguisier et avec la petite canule rectale en os qui accompagne d'ordinaire l'instrument, elle poussait dans son utérus et à très forte pression de l'eau savonneuse. Elle ressentit sur le champ une douleur vive dans le bas-ventre et eut presque une syncope. Revenue à elle, la douleur s'affêna, elle perdit un peu de liquide rougeâtre et ce fut tout.

La nuit suivante fut bonne, trop bonne même au gré de la malade qui, désolée de ne rien voir survenir, passa la journée du lendemain à marcher et à se fatiguer le plus possible. Elle rentra chez elle surmenée, le ventre horriblement douloureux et le 15 au soir, je la trouvai avec le faciès grippé et couvert de sueur froide.

Le ventre très ballonné était douloureux, surtout dans la région hypogastrique. Vomissements porracés, langue sèche, pouls à 125, température 36°,1. Par le toucher vaginal on percevait un col utérin fermé et de consistance assez ferme. Le corps utérin ne faisait que se soupçonner, car le palper bi-manuel était absolument impossible. Le cul-de-sac postérieur était un peu empâté et plus particulièrement sensible à la pression. Pendant 24 heures le traitement médical d'usage, glace, opium. etc., n'amena aucune sédation et l'empâtement du cul-de-sac postérieur ayant un peu augmenté, je crus voir là une indication à tenter le drainage péritonéal par colpotomie. C'est dans ces conditions que je la fis transporter au service d'isolement de la Maternité où grâce à des hésitations de la part de son entourage elle n'arriva que le 16. J'ajoute qu'elle n'y fut apportée que pour y mourir, car à son arrivée je la trouvai dans un état général tel que je crus devoir m'abstenir de toute interven-

tion; elle succombait en effet quatre heures après son arrivée sans que je fisse autre chose que d'essayer de lui rendre la mort moins pénible.

Je fis faire la nécropsie en ma présence. Il s'agissait bien d'une péritonite généralisée, mais avec trois ou quatre cents grammes de pus dans le petit bassin, ce qui montre bien qu'une colpotomie faite à temps aurait peut être été capable de donner un résultat. Enfin, au milieu des adhérences, on finit par libérer un utérus petit. A l'ouverture de l'organe on découvrit une cavité utérine de 78 millimètres tapissée dans toute son étendue d'une muqueuse lisse et pâle.

Donc, non seulement l'utérus était vide, mais certainement il ne contenait aucun produit de conception au moment où cette femme se livra à ces manœuvres abortives. J'ajoute qu'une investigation très minutieuse ne permit de relever aucune trace de violence, soit au niveau de l'utérus, soit au niveau des culs-de-sac du vagin. C'est donc très vraisemblablement par reflux du liquide septique par les trompes que le péritoine fut infecté.

OBSERVATION VII

Dr MAYGNIER

Dans un cas que j'ai observé en ville, il s'agissait d'une jeune domestique qui, n'ayant plus ses règles depuis deux mois, crût à une grossesse. Elle alla trouver une sage-femme qui lui introduisit à plusieurs reprises une sonde rigide dans l'utérus. Rentrée à son domicile, elle fut prise d'hémorrhagies et de vives douleurs abdominales. Un médecin appelé me manda en consultation et nous reconnûmes l'existence d'une pelvi-péritonite.

Mon confrère fit transporter la malade dans une maison de santé, où elle mourût presque aussitôt sans avoir jamais expulsé le moindre produit abortif.

Le médecin de l'état-civil trouvant la mort suspecte, refusa le permis d'inhumér, et le praticien, très honorable, qui avait donné ses soins à la jeune femme fut soupçonné d'être l'auteur de la fausse couche qu'on supposait être la cause du décès; l'autopsie judiciaire fut faite à la Morgue par M. Brouardel. Elle fut négative au point de vue de la grossesse, et l'accusation absurde qui avait pesé sur le médecin traitant tomba d'elle-même. La malheureuse femme avait succombé à une péritonite sceptique, dont le point de départ était l'infection de l'utérus causée par l'introduction d'un instrument malpropre dans sa cavité.

OBSERVATION VIII

Dr MAYGUIER

— Il s'agit d'une femme de 20 ans qui a été amenée d'urgence dans le service d'isolement de la Charité, le 4 novembre 1899, à 10 heures du soir, sur les conseils de son médecin de ville, dans un état fort grave. Cette femme ayant une suppression de règles de six semaines environ et se supposant enceinte, s'était adressée à une voisine qui lui aurait administré une injection intra-utérine avec de l'eau boricuée dans le but de provoquer l'expulsion de l'œuf. Elle fut prise immédiatement de douleurs très vives dans le bas-ventre, accompagnées de la perte d'un peu de sang, de vomissements et de fièvre.

Un médecin la soigna chez elle pendant quelques jours,

et constatant que son état s'aggravait rapidement, il se décida à me l'adresser.

A l'entrée le faciès était pâle et grippé, les lèvres pincées, les yeux excavés, la langue sèche, le ventre ballonné et douloureux, il y avait une céphalée violente, des nausées continuelles et une constipation opiniâtre. La température était de 39°. Le toucher ne révélait pas d'augmentation notable de l'utérus, mais le cul-de-sac postérieur était empâté et douloureux. A aucun moment la femme n'avait expulsé de débris ovulaires ni de caillots. Il n'y avait pas de grossesse ; les accidents fébriles durèrent jusqu'au 13 novembre ; la pelvi-péritonite se termina peu à peu par résolution et le 17 novembre les règles apparurent. Mais alors la température remonte à 39°, une phlegmatia-alba-dolens du membre inférieur gauche fit son apparition et la malade dut rester un mois au lit à la suite de cette complication. Elle quitta le service guérie le 16 décembre.

Dans ce cas les manœuvres intra-utérines tentées dans un but abortif avaient amené une métrite septique chez une jeune femme non enceinte et consécutivement des accidents infectieux graves mais qui fort heureusement cette fois ne furent pas mortels.

OBSERVATION IX

Dr BRINDEAU

En janvier 1910 je suis appelé au milieu de la nuit auprès d'une de mes clientes, jeune femme de 23 ans qui me raconte l'histoire suivante : étant toujours très régulièrement réglée et ayant un retard de six heures, de plus ne

voulant pas avoir d'enfants, elle s'est donné elle-même une injection intra-utérine de sublimé.

A l'examen, je trouve un utérus petit avec un col un peu dilaté par le passage de la canulé. Rien dans les culs-de-sac. La femme souffre tellement qu'elle se roule sur son lit; pour la calmer je dois lui faire une piqûre de morphine.

L'examen postérieur que je fis ne montra aucune trace de grossesse. Deux jours après les règles revinrent comme d'habitude.

OBSERVATION X

D^r DEMELIN

J'ai été appelé auprès d'une sage-femme, qui, se croyant enceinte avait pratiqué sur elle-même des manœuvres abortives.

Des accidents péritoneaux très graves compliqués d'intoxication par le sublimé éclatèrent; à la suite des tentatives faites par un jeune médecin et ayant pour but d'introduire dans l'utérus un ballon afin d'extraire le supposé placenta retenu, je me suis borné à faire transporter d'urgence cette malheureuse à la Clinique d'Assas dans le service du professeur Tarnier. Elle y mourut la nuit suivante. L'autopsie médico-légale a démontré qu'il n'y avait pas grossesse. La malade a succombé en même temps à une péritonite produite par une perforation utérine causée par les manœuvres et à un empoisonnement hydrargirique.

OBSERVATION 'XI

En février 1902, on amène à la maternité de la Charité une jeune femme de 26 ans, Madeleine C..., se croyant enceinte, car elle n'avait pas eu ses règles depuis 33 jours, elle s'était donnée plusieurs fois dans le courant de la même journée des injections intra-utérines de sublimé à un pour cent. Elle en avait pris, disait-elle, environ dix litres.

Obligée de se coucher à cause des violentes douleurs qu'elle ressentait dans le bas ventre, elle mande un médecin qui la fait transporter d'urgence à l'hôpital. Elle y arrive avec tous les symptômes de l'empoisonnement hydrargirique aigu. Fièvre 39°7, agitation; tremblement mercuriel, liseré gingival intense, sensation de chaleur dans la cavité buccale, goût métallique et nausées. Fétidité de l'haleine, ptyalisme très abondant et clair. La langue est tuméfiée, montrant ainsi que la face interne des lèvres et des joues l'empreinte des arcades dentaires. Œdème de la face et du cou. Ces symptômes, loin de diminuer, augmentèrent d'intensité. T. 40°2 à 8 heures du matin, à midi, la malade mourait.

L'autopsie montra un utérus petit, mou, avec une muqueuse rose, le col long et petit présentait seulement quelques ulcérations.

OBSERVATION XII

Docteurs BRINDEAU et CHIRIÉ.

Mme Eugénie C..., 46 ans, a eu trois grossesses qui se sont terminées à terme par la naissance d'enfants vivants, bien portants. Elle entre à la Clinique Tarnier dans le ser-

vice de M. le professeur Bar, le 13 août 1909 à dix heures du soir pour des accidents abdominaux et des pertes de sang. La malade raconte qu'elle aurait eu ses dernières règles le 10 mai. Elle se croyait enceinte lorsque, le 3 août, elle perd du sang, mais ne voit pas de fœtus parmi les caillots expulsés. Malgré cela, elle suppose que l'avortement s'est effectué. Dans la suite surviennent des accidents. T. 38°-39°, vomissements, diarrhée, pour lesquels elle appelle un médecin ; celui-ci les attribue à une rétention placentaire avec infection et fait des injections intra-utérines ; puis, comme l'état s'aggravait, envoie la malade à l'hôpital.

A son arrivée, la température est de 38°, le pouls bat à 110, la langue est sèche, le ventre est ballonné, le toucher et palper combinés impossibles. On prescrit diète hydrique et glace sur l'abdomen.

Le 11 août au matin, le pouls est à 100. La température 37.7. Dans la nuit, la malade a vomi à plusieurs reprises ; vomissements verts ; la langue est sèche, l'état général paraît mauvais. Localement au palper, il est impossible de percevoir quoi que ce soit en raison du ballonnement et de la défense musculaire ; au toucher, le col est dur, à peine entr'ouvert. Par l'orifice, il s'écoule un peu de sang qui souille le doigt, sang liquide de couleur rougeâtre, ne présentant aucune odeur.

Cependant le cul de sac droit présente une zone de tissu induré qu'il semble logique de rattacher à ce moment à une cicatrice d'une ancienne déchirure. En présence de ces accidents, l'hypothèse d'une tentative criminelle vient immédiatement à l'esprit. En effet, la malade pressée de questions, après avoir tout d'abord nié, avoue qu'une voi-

sine lui avait fait, à l'aide d'une longue canule en os, et d'une poire de caoutchouc, une première injection d'eau savonneuse, puis une deuxième injection d'eau salée. Dès le lendemain, étaient survenues des douleurs avec hémorragie, expulsion de caillots, enfin, étaient survenus les accidents qui avaient déterminé l'entrée à l'hôpital.

En raison des signes de péritonite manifeste chez cette malade et de ses confidences sur les manœuvres qui avaient été faites, une intervention immédiate s'imposait, étant donné l'âge de cette femme, mère de trois enfants vivants. Pour assurer un meilleur drainage, M. Brindeau décide de pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Opération : Le cul de sac latéral droit présente une ulcération recouverte de fausses membranes (traumatisme probable) section de la muqueuse vaginale autour du col, décollement très difficile de la vessie ; du reste, l'opération restera difficile, car l'utérus ne s'abaisse pas du tout. Hémisection antérieure, résection d'un coin au niveau de la paroi antérieure ; pince sur le ligament large gauche ; on abaisse ensuite la corne droite qui est très adhérente et contient un fibrome gros comme une noix.

Pendant toute la durée de l'opération, écoulement de pus très épais et très fétide provenant de la cavité péritonéale. L'hystérectomie étant faite, on s'aperçoit qu'une artère vaginale donne. Pince sur le vaisseau, tamponnement.

On laisse cinq pinces et on met une sonde à demeure. Le soir de l'opération 37°4 — P 100. On fait 300 grammes de sérum.

Nuit du 14 au quinze très bonne ; la malade a dormi.

15 août 1909. T. 36°5 matin — P. 100. Soir T. 36°6 — P. 100. On renouvelle les compresses enveloppant les pinces.

300 gr. de sérum le soir à 10 heures et demie ; morphiné un quart de seringue.

16 août 1909. On retire le tamponnement qui est très fétide. Ecoulement abondant. T. 36°8 — P. 96. On retire la sonde ; cystite aigüe, fausses membranes sur tout le pourtour de l'urètre.

17 août. On enlève le drain et les pinces en commençant par celles de droite au nombre de quatre (2 clans et 2 pinces de Kocher) et celles de gauche (2 clans. Aucune hémorragie ne se produit, une mèche est introduite ; un drain est remis dans la cavité de Douglas, il donne peu ; la malade urine toutes les 2 heures.

18 août. Changement du drain ; bon état ; 300 gr. de sérum, champagne et lait.

19 août. Bon état, même traitement.

20 août. La malade va assez bien, elle prend du lait et du bouillon, elle urine bien. Deux injections vaginales avec M n o ⁴k ; depuis l'opération pas de selles, huile de ricin, pas d'effet ; on donne un lavement d'eau bouillie, évacuation de matières abondantes.

21 août. La malade a passé une nuit agitée ; elle a été plusieurs fois à la selle et ce matin on constate que les matières passent par la voie vaginale. On touche la fistule recto-vaginale à l'iode et on constipe la malade avec deux pilules d'opium, sonde rectale à demeure, escharres vulvaires, Iodé. 2 injections vaginale à H₂ O₂ — T. 37°8. P. 80.

22 août. Plus de diarrhée, l'état général paraît meilleur, la femme s'alimente : œufs, potages, même traitement que la veille. La fistule recto-vaginale située au milieu du Douglas va mieux, iode.

23 août. Même traitement. Sulfonal le soir.

24 août. La malade va de mieux en mieux, plaies vaginales en bon état.

25-26 août. Deux injections vaginales avec $H^2 O^2$ chaque jour ; iode sur la fistule, sonde rectale à demeure, glace sur le ventre, bon état général.

27 août. Escharres vaginales guéries.

28 août. Depuis huit jours pas de selles.

30 août. Toujours pas de selles. 15 grammes d'huile de ricin, pas de résultat, sonde rectale à demeure.

1^{er} septembre. Bon état général. P. 100. T. 37°4, écoulement vaginal légèrement purulent, deux injections vaginales avec M n o 4 k.

2 septembre. Pas de selles. 1 gr. rhubarbe.

3 septembre. Pas de selles. Chaque jour pansement vaginal et iode sur la fistule qui se cautérise.

4 septembre. 40 gr. huile de ricin, le lendemain plusieurs selles, suppression de la sonde.

5 et 6 septembre. La malade va à la selle spontanément.

7 septembre. Huile de ricin par cuillerées à café et même traitement vaginal.

8 et 9 septembre. 4 pilules d'opium.

12 septembre. Matin, huile de ricin par cuillerées à café.

15 septembre. La malade est toujours constipée. On lui donne un lavement à l'eau bouillie ; rien ne passe par le vagin qui est du reste en très bon état ; on continue les injections vaginales entre deux valves.

Depuis plusieurs jours, on ne constate aucune douleur. Examen de la cavité utérine après hystérectomie : La muqueuse, qui était rosée de couleur normale, nous a permis

d'acquérir la certitude que cette femme n'était pas enceinte et a pleinement confirmé l'hypothèse probable de la non grossesse que nous avons émise aussitôt après l'examen de la malade.

OBSERVATION XIII

D^r LELORIER

Mlle C. . . , 27 ans, est vue par M. Lelorier, le 9 juin 1907, à la demande d'un médecin qui la soigne depuis quelques jours déjà pour des phénomènes de gastro-entérite avec vomissements et diarrhée. Elle raconte que n'ayant pas vu ses règles pendant deux mois, son ami lui a fait des injections intra-utérines avec de l'eau bouillie contenant une quantité indéterminée de sublimé (macération de papier Balme), depuis, les règles n'ont pas reparu ; il n'y a eu qu'un petit écoulement sanguin insignifiant et des coliques utérines violentes.

A l'examen, on ne trouve rien du côté de l'appareil génital, l'utérus est petit, le col fermé et dur ; l'idée de grossesse doit être absolument écartée.

Le lendemain, la malade, malgré une diète sévère a continué à vomir sans arrêt des matières verdâtres, constituées par un mélange de mucus et de bile ; elle n'a pas cessé non plus d'avoir de la diarrhée, et elle présente un symptôme nouveau : de la stomatite. On porte à ce moment le diagnostic d'intoxication mercurielle. Tous les phénomènes vont en s'aggravant d'une façon régulière ; les vomissements sont continuels, les selles diarrhéiques, fréquentes, avec ténésme rectal, progressif, croissant. La stomatite augmente, vers le 20 juin, la malade commence à avoir des

hémorragies multiples par le nez, la bouche, l'estomac, l'anus, le vagin, les urines sont sanglantes et rares.

A la suite des injections intra-utérines, qui avaient été pratiquées, la malade avait continué à prendre des injections vaginales au sublimé, injections qui n'ont été abandonnées que le 9 juin sur l'indication du Dr Lelorier.

A la fin de juin, la muqueuse rectale formait au milieu de l'anus un bourrelet extérieur, ulcéré, de coloration-grisâtre.

Le professeur Roger, appelé en consultation à cette époque, confirme le diagnostic d'intoxication mercurielle et porte un pronostic sévère. En effet, la situation ne s'améliore pas et le 4 juillet, la malade succombe.

OBSERVATION XIV

Dr LELORIER

Manœuvres abortives dans une grossesse intra-utérine. Rupture de la trompe au cours du deuxième mois. Laparotomie.

Mme S..., 26 ans, primipare, avait eu ses dernières règles vers le 25 avril 1908. A la fin de mai, ne voyant pas ses règles venir, elle se soumet sans résultat à peu d'intervalle à deux tentatives d'avortement. Elle perd seulement un peu de sang et consulte, le 6 juin, un accoucheur qui ne lui trouve rien de particulier. Le 16 juin au matin, elle est prise brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec syncope et ténésme rectal.

M. Lelorier voit la malade à onze heures et demie, elle est tout à fait décolorée, mais malgré cela présente un pouls à 80. Il y a une douleur vive et de la défense dans toute la

région sous-ombilicale qui est saillante. Au toucher les culs de sac vaginaux sont tendus.

Diagnostic : rupture de grossesse tubaire et hémorragie péritonéale. La malade est transportée dans une maison de santé et opérée à 5 heures du soir. On trouve une trompe droite rompue dans sa portion ampullaire ; à travers la déchirure apparaît un œuf qui crève au moment où on cherche à le saisir ; le liquide amniotique s'écoule et on voit apparaître un embryon de six semaines environ. Guérison.

OBSERVATION XV

D^r ROULLAND

Il s'agit d'une femme de 21 ans qui a déjà eu un enfant et qui a toujours été bien réglée. En avril dernier, elle souffre tellement du ventre, qu'il lui arrive quelquefois d'être obligée de se coucher. Les douleurs persistent jusqu'au mois d'août.

Ne voyant pas ses règles le 8 août, elle attend quelques jours et le 12, elle s'introduit dans le vagin une canule en os qu'elle pousse violemment. Elle ressent une douleur très vive et voit apparaître quelques gouttes de sang. Trois jours après, elle perd de l'eau et du sang en petite quantité. La malade continue son travail ; elle voit un médecin, mais ne lui avoue pas ses manœuvres ; il lui donne alors une purgation de limonade. A ce moment, la malade commence à avoir la fièvre et des douleurs abdominales vives.

23 août. La malade étant chez une amie prend deux cachets de pyramidon et de l'eau-de-vie allemande. Puis elle

se donne une deuxième injection d'environ un litre d'eau, dans laquelle on a exprimé une macération de farine de moutarde, injection suivie d'une autre de vinaigre. Elle dit s'être donné cette injection dans l'utérus et ne pas en avoir souffert ; dix minutes après, frissons violents.

Au palper, ventre légèrement tendu, douloureux à la pression. On sent à droite une masse très limitée, douloureuse, occupant toute la fosse iliaque. Cette masse se prolonge vers la région utérine et semble faire corps avec l'utérus. Au toucher, vagin court ; col très petit, régulier ; le vagin ne présente aucune lésion, la malade n'a aucune perte. L'utérus est difficilement perçu ; la masse sentie à droite ne bombe pas dans le cul de sac qui est libre ; elle est rénitente et douloureuse, vomissements, diarrhée, langue sèche.

26 août. La malade semble mieux, elle se plaint toujours de son côté droit. Pas de frissons, ventre légèrement ballonné. On lui donne une purgation, glace sur le ventre.

27 août. Le ventre est plus souple, la température étant élevée, la masse latérale étant un peu descendue et pseudo-fluctuante, bien que ne bombant pas dans le cul de sac, on se décide à faire une colpotomie.

Colpotomie postérieure faite par M. Doléris : Le cul de sac incisé, il va avec le doigt à la recherche de la poche fluctuante et tombe sur une masse épaisse qu'il incise au ciseau. La paroi est très épaisse et on a la sensation d'une tranche ovarienne. M. Doléris sent la masse abdominale qui est péritonéale. D'autres masses tendues fluctuantes avoisinent la collection incisée et peuvent être les anses intestinales distendues. On place un gros drain dans la cavité. Pansement.

29 août. Pansement, changement de drain, attouchement à la glycérine iodée.

30 août. Changement de drain, il sort très peu de liquide fétide ; attouchement à la glycérine iodée.

31 août. Changement de drain, il sort du pus fétide ; nettoyage à sec, attouchement à la glycérine iodée.

1^{er} septembre. Changement de drain, il s'écoule un peu de liquide, nettoyage à sec. La malade pendant son pansement crie et se débat, frappant avec violence ses bras sur la table ; pâleur, frissons, pouls petit.

2 septembre. Il s'écoule du pus très fétide en plus grande quantité que les jours précédents, ce qui semble venir d'un peu plus à gauche que précédemment. On remet un drain après nettoyage à sec et attouchement à la glycérine iodée.

3 septembre. Il s'écoule encore du pus assez liquide, jaunâtre, très fétide. On met une mèche à la glycérine iodée.

4 septembre. On retire la mèche, pus encore très fétide, injection vaginale, mèche iodoformée.

9 septembre. Il ne s'écoule plus de pus. La malade se sent très bien et part pour le Vésinet. Au toucher la plaie vaginale est complètement cicatrisée. On sent au centre l'utérus de grosseur normale, en bonne position, non douloureux. A côté de l'utérus à droite semblant indépendante de l'utérus, on sent une masse irrégulière très mobile du volume d'une petite mandarine, légèrement sensible au palper, très dure et semblant séparée du cul de sac par une très mince couche de tissu.

OBSERVATION XVI

Dr PATRU

Passage d'une sonde de l'utérus dans le rectum.

Multipare 39 ans, se disant enceinte d'environ 4 mois. Présente à l'examen un utérus non gravide en position normale ; mais, dans le parametrium droit, on trouve une tuméfaction allongée, dure et sensible. Par le toucher rectal on perçoit un corps solide, qui, ayant perforé la muqueuse rectale à 6 ou 7 centimètres de l'anus, fait saillie dans l'ampoule. Patru insinua une pince à pansement le long de son index et réussit à extraire une sonde noire demi-molle de 21 centimètres de longueur, repliée sur elle-même, formant un paquet de 6 à 7 centimètres, enduit de pus fétide.

La malade avoua qu'une sage-femme de Paris lui avait introduit cette sonde depuis plus de trois mois pour provoquer une fausse couche. Mais, au lieu de la sonde et d'œuf, elle n'avait rendu que du pus dans les mois qui suivirent et ressenti des douleurs plus intenses. Elle n'aurait probablement pas consulté, si elle n'avait été persuadée que la grossesse suivait son cours.

Il est probable que cette sonde, cassée dans la matrice, avait ulcéré la muqueuse, puis la paroi utérine, et formé peu à peu, dans le paramétrium, un abcès qui s'ouvrit dans le rectum, voie habituelle de l'évacuation des collections péri-utérines. Tout ce travail s'était fait sans bruit ; les suites furent simples et les règles reparurent dix jours après.

M. le Dr Doléris nous a cité deux cas très nets qu'il a vus dans sa clientèle : dans le premier, il s'agit d'une femme aménorrhéique et névropathe qui, n'étant pas enceinte, consulta pour une pelvi-péritonite aiguë pour laquelle on a fait une laparotomie d'attente.

Dans le second cas, il s'agit d'une employée de magasin qui aurait subi des manœuvres criminelles de la part d'une sage-femme dans un but de lucre et qui n'avait jamais présenté aucun symptôme de grossesse, sinon un retard de quelques jours motivé par une rétroversion. Le traitement fallacieux que la femme avait suivi avait duré trois mois.

CHÂPITRE III

Que nous montrent ces observations ? Quelles sont les conséquences de ces manœuvres sur un utérus vidé ? Un simple coup d'œil jeté sur le tableau ci-après nous permettra de tirer des conclusions. Nous ne parlerons pas des cas qui n'ont pas donné d'accidents, ils ne sont pas connus, car, autant que possible, les femmes ne se vantent jamais de ces manœuvres criminelles.

OBSER- VATIONS	AGE	MOYENS EMPLOYÉS	ACCIDENTS	TERMI- NAISON	PARITÉ	Profession	FEMME FILLE ?	Fait par qui ?
I	23 ans	Épingle à cheveux.	Hémorrhagie.	Guérison.	0	S. P.	Femme.	?
II	41	Absorption de substances abortives et manœuvres intra-utérines que malade ne veut pas dire.	Infection.	Mort.	3	Herboriste	Femme.	Elle-même.
III	23	Manœuvres inconnues.	Péritonisme.	Guérison.	0	Demi-mondane.	Fille.	Elle-même.
IV	28	Injection intra-utérine d'eau bouillie.	Fièvre.	Guérison.	0	Étudiante.	Femme.	Sage-femme.
V	32	Manœuvres inconnues.	Hématocèle péri-utérine, fistule recto-vaginale.	Guérison.	6 av ^{ts}	S. P.	Femme.	Médecin.
VI	47	Injection intra-utérine d'eau savonneuse avec canule en os d'aiguier.	Péritonite aiguë.	Mort.	1	S. P.	Femme.	Elle-même.
VII	?	Sondè rigide dans l'utérus.	Hémorrhagie et péritonite.	Mort.	0	Domestique.	Fille.	Sage-femme.
VIII	20	Injection intra-utérine d'eau boriquée.	Pelvi-péritonite. Phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche.	Guérison.	0	S. P.	Femme.	par voisine.
IX	23	Injection intra-utérine de sublimé.	Intoxication hydragirique.	Guérison.	0	S. P.	Femme.	Elle-même.
X	?	Introduction d'un ballon dans l'utérus et injection intra-utérine de sublimé.	Perforation utérine. Péritonite. Intoxication hydragirique.	Mort.	0	Sage-femme.	Fille.	Elle-même.

XI	26	Injection intra-utérine de sublimé 1 o/o.	Intoxication hydrargirique.	Mort.	0	Demi-mondne	Fille.	Elle-même.
XII	46	Injection intra-utérine d'eau savonneuse puis d'eau salée.	Péritonite. Fistule recto-vaginale.	Guérison.	3	S. P.	Femme.	par voisine.
XIII	27	Injection intra-utérine de sublimé.	Intoxication hydrargirique.	Mort	0	S. P.	Fille.	par son ami.
XIV	26	Manœuvres inconnues à 2 fois différentes.	Rupture de grossesse tubaire et hémorrhagie péritonéale.	Guérison.	0	S. P.	Femme.	?
XV	21	Introduction d'une canule en os dans l'utérus. Injection intra-utérine d'une macération de farine de moutarde, puis injection de vinaigre.	Elat péritonéal.	Guérison.	1	?	Femme.	Elle-même.
XVI	39	Introduction d'une sonde de caoutchouc dans l'utérus.	Fistule recto-vaginale.	Guérison.	Multi-pare	?	Femme.	Sage-femme.

D'après nos observations, la morbidité est considérable : 94 pour 100. D'après ces mêmes observations, quelle est la mortalité ? 40 pour 100 ; presque la moitié des cas ; elle est donc grande aussi, car les accidents qui surviennent sont souvent très graves.

Nous voyons que sur 16 femmes, 8 ont eu de la péritonite produite par infection, 4 en sont mortes, 2 ont eu des ménorrhagies graves, une a fait une hématocele péri-utérine avec fistule recto-vaginale, une a présenté une rupture tubaire et sur les quatre dernières qui ont eu de l'intoxication hydrargirique, trois n'ont pas survécu à leurs tentatives d'avortement.

Il y a donc deux grandes causes de mort : l'infection produisant la péritonite et l'intoxication hydrargirique.

Pour nous résumer, nous pouvons donc dire que les accidents sont la plupart du temps très graves et que toutes les manœuvres faites sur un utérus non grévise présentent toujours de sérieux inconvénients.

D'où vient donc cette gravité ? Il semblerait qu'elle devrait être moindre que lors d'avortement et cependant il n'en est pas toujours ainsi. Pourquoi ?

Plusieurs hypothèses que nous allons étudier, vont nous permettre de répondre à cette question.

Selon nous, la fréquence et la gravité des accidents est due à quatre grandes causes.

Nous citerons en premier lieu les tentatives répétées que fait la femme parce qu'elle ne voit pas

d'œuf expulsé. Cette malheureuse effrayée par cette grossesse qui ne veut pas s'arrêter, essaie tous les moyens qu'elle croit capables de la débarrasser. C'est ainsi qu'un jour elle prend une injection intra-utérine ; n'ayant aucun résultat, elle prend le lendemain une nouvelle injection ou se pousse le plus possible dans l'utérus une canule ou une aiguille et cela sans aucune précaution, de sorte qu'il se produit des lésions du vagin, des culs de sac ou du col et même des organes génitaux externes. C'est par ces surfaces plus ou moins cruentées, que se fait le plus souvent l'absorption des solutions toxiques employées dans les injections, car de nombreuses expériences ont prouvé que les organes génitaux sains étaient presque réfractaires à l'absorption.

L'absence de l'œuf est une seconde cause de gravité, car le traumatisme se fait toujours sur la paroi utérine, c'est elle qui s'infecte directement ; dans l'avortement, au contraire, c'est d'abord l'œuf qui s'infecte ; l'infection y reste souvent localisée et disparaît avec lui, rarement c'est l'utérus, qui est protégé partout par le mœlas que forment le placenta ou les membranes.

La perforation fréquente de l'utérus, résultat des manœuvres caiminelles, vient aussi en augmenter la gravité. Dans la perforation des membranes ou dans l'injection intra-utérine, véritable cathétérisme, les avorteuses, sans aucune précaution, et souvent sans aucune science anatomique, opèrent

à l'aveuglette, ignorantes qu'elles sont des déviations fréquentes de l'utérus, et de l'angle plus ou moins prononcé que fait l'axe du col et du segment inférieur avec l'axe du corps. Dans ces conditions, si leur diagnostic est mal fait, si elles ne sont pas très habituées aux recherches gynécologiques, et surtout si elles ne se servent pas de spéculum, elles auront une certaine difficulté à trouver l'orifice du col ; une fois celui-ci repéré, comme par suite de la déviation utérine, la cavité du col et celle du corps ne se trouvent pas sur une ligne droite, si l'avorteuse ignore la façon de faire un cathétérisme utérin, son instrument après avoir passé au travers du canal cervical vient buter contre la paroi utérine, et si elle ne perçoit pas ce choc, elle fera pénétrer la tige rigide employée à travers la paroi utérine, jusque dans la cavité péritonéale. C'est ainsi que se produisent les perforations, les piqures des culs de sac du vagin et les fausses routes au travers du col.

Nous citerons enfin le réveil de vieilles infections que le traumatisme rend suraigües. Bien que nous n'ayons aucune observation ayant trait à ce sujet, nous savons cependant que si dans le passé, il y a eü métrite, salpingite, etc... que si ces affections restent là à l'état latent pendant des mois, l'appareil génital est toujours exposé à une rechute, il est à la merci de tout, un rien suffit à réveiller ces maladies ou à les faire passer en peu de temps à l'état suraigu.

CHAPITRE IV

Les statistiques que nous avons publiées au début de ce travail, nous ont montré que les avortements étaient de plus en plus fréquents. Existe-t-il donc des remèdes contre ce danger social ?

Dans son rapport à la société obstétricale de France, le professeur Bossi, de Gênes a passé en revue les différents moyens qui, selon lui, seraient capables d'enrayer ce crime sans cesse renouvelé.

« Tout d'abord, c'est au médecin, dit-il, que doit revenir l'honneur d'une prophylaxie morale dans les familles. Nul n'est mieux placé pour connaître jusque dans leurs replis les plus cachés les avortements criminels et nul ne peut les combattre avec d'aussi bonnes armes que lui ; mais il faut que dès l'école, dès le début de sa carrière il soit toujours guidé par ce principe qu'il est essentiellement le conservateur de la vie.

Malheureusement des tendances nouvelles peu-

vent amoindrir toute la beauté de ce rôle ; nous voulons parler des indications du fœticide thérapeutique et de la stérilisation facultative de la femme ; il lui faudra donc s'élever de toutes ses forces contre les confrères qui prêchent ces théories. »

Ce sera notre devoir de crier bien haut que le droit de vie et de mort de l'enfant à n'importe quel moment de sa vie intra-utérine n'appartient à personne ; que le droit de l'enfant à la vie est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir (Professeur Pinard).

De montrer à la femme en mal d'avortement que le crime dont elle va se rendre coupable est un véritable homicide et que tout ce qui est contre les lois de la nature est dangereux et condamnable.

« L'enfant, dit le professeur Prenant, prend corps, sinon âme, dès l'instant que deux noyaux mâle et femelle se sont conjugués pour lui donner naissance. Toute pratique est dès lors non plus anti-conceptionnelle, mais postconceptionnelle ; toute prophylaxie devient un petit assassinat en raison de l'exiguité de la victime, simple cellule d'abord, amas cellulaire microscopique ensuite. C'en est peut être un gros pour la préméditation et le guet-apens plus odieux qu'un autre, par ce que la victime est frappée dans l'ombre et par ce qu'elle n'a même pas un cri, un vagissement pour défendre son droit à l'existence, implorer la pitié de la mère qui frappe. »

Il faut impressionner, épouvanter les femmes, les maris, les familles en démontrant les graves conséquences physiques de l'avortement. Si on leur prouve, chiffres en main, que ces manœuvres donnent presque toujours des maladies très sérieuses de l'utérus et des ovaires, que souvent la vie de la femme est pour toujours abîmée, parce que certaines lésions ne guérissent jamais, qu'assez fréquemment aussi la vie est en danger, ne croyez-vous pas que l'instinct de la conservation et la crainte d'un malheur supérieur aux ennuis de la grossesse, n'empêcheront pas l'avortement ?

Déjà, Ovide, dans « ses Amours » se plaignait que sa maîtresse, l'impudente Corvine, en cherchant à se débarrasser du fardeau qu'elle portait en son sein, ait mit ses jours en péril, et faisait aux matrones romaines la morale de l'avortement criminel : « Si dès les premiers âges du monde, les mères, craignant que leurs flancs ne soient sillonnés de rides, avaient eu la triste coutume de ravager le champ où se livra le combat amoureux, il eût fallu un autre Deucalion pour remplir la terre de ses pierres fécondes. Pourquoi dépouiller la vigne du raisin qui grossit ? Pourquoi d'une main cruelle arracher le fruit encore vert ? Pourquoi déchirer vos entrailles d'un fer homicide ? Pourquoi donner le poison mortel à l'enfant qui n'est pas encore ? Jamais on ne vit une telle cruauté chez les tigresses de l'Arménie ; jamais la lionne ne fit avorter ses

lionceaux ; il était réservé à de tendres beautés de le faire, mais non impunément. En étouffant son enfant dans son sein, souvent la mère périt elle-même et sa mort est juste. »

Sœpe suos utero quæ necat, ipsa perit.

A côté de ces remèdes plutôt moraux, il en est d'autres que l'on pourrait appeler sociaux, puisque l'avortement criminel est une vraie maladie sociale dont il faut rechercher l'étiologie dans les fautes d'organisation de la société même. Ces remèdes consisteraient en des lois protégeant plus largement les femmes, les enfants illégitimes et les enfants légitimes des pauvres. Il faudrait que l'Etat vint en aide aux familles nombreuses qui, se sachant soutenues craindraient moins la venue d'un nouvel enfant.

« Pour diminuer le nombre des avortements, disent certains auteurs, il faudrait aussi diminuer celui des sages-femmes », car tout le monde sait que ce sont elles les criminelles habituelles de l'avortement. Pour quelques rares sages-femmes qui se contentent d'une existence parfois médiocre mais honorable et sans tache, qui savent repousser avec dignité les propositions louches et criminelles il en est malheureusement beaucoup d'autres qui ne craignent pas de transformer en quelque sorte leur diplôme en une véritable réclame pour leur industrie coupable.

« Toutes les sages-femmes pratiquent l'avorte-

ment, répliquait une sage-femme à un président d'assises ». Et beaucoup d'entre elles en tirent la majeure partie de leurs revenus. Il en est ainsi depuis les sages romaines. Sous le Grand Roi, les matrones de St-Côme ou du Châtelet vendaient déjà des préparations « poussant les mois avec violence » ou bien « ongles bien rognés et bien nets » faisaient la ponction des membranes. Ce serait la Lepère, complice de la Voisin, qui aurait même inventé le décollement de l'œuf par instillation de liquide dans l'utérus.

Les avortements devinrent à un moment si fréquents que M. de Lamoignon, premier Président du parlement pour les réprimer, fit tenir dans chaque paroisse de Paris « registre des femmes déclarant sous le sceau de la confession avoir tué et étouffé leur fruit. » Six cents femmes, raconte Guy-Patin, s'accusèrent de ce crime. Une répression sévère s'ensuivit, les sages-femmes furent surveillées de près et beaucoup expièrent leur forfait sur le bûcher « après avoir subi la question ordinaire et extraordinaire ». Sans proposer le moyen de répression de Lamoignon, certains auteurs ont pensé qu'il fallait réduire la quantité des sages-femmes, trop nombreuses pour pouvoir vivre toutes honnêtement du seul nombre des naissances et modifier le régime que leur fait la loi de 1892. Avant leur admission dans les maternités, leur demander non plus seulement une simple dictée, les quatre opé-

rations et une lecture expliquée ; leur bagage scientifique et littéraire se réduit ainsi à trop peu ; mais exiger d'elles d'autres connaissances, par exemple, comme le demande de Ribier, dans sa thèse des diplômes, brevet supérieur au baccalauréat ; il faut de plus leur demander d'autres preuves de moralité que le brevet de vie et mœurs dont on connaît la valeur. Nous sommes à ce sujet de l'avis de ces auteurs, mais nous pensons que le mieux serait de supprimer toute cette classe de maîtres diplômées de l'Etat et dont la plus grande partie fait la honte de la profession.

A côté de tous ces remèdes, il est un autre moyen répressif qui, malheureusement, n'est pas assez sévèrement appliqué ; nous voulons parler de la loi et des châtimens qu'elle comporte.

Lisons ce que nous dit l'article 317 du Code pénal français, article qui s'occupe de ce sujet : « Quiconque par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion. La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens seront condamnés

à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. »

Comme nous venons de le voir, cet article ne vise que l'avortement consommé et ne parle pas de la simple tentative non suivie d'effet.

La question de savoir si la tentative d'avortement est punissable a soulevé une controverse célèbre. Une jurisprudence constante la résout par des distinctions ; mais les auteurs n'ont cessé de protester contre ces solutions et n'ont cessé de soutenir que cette tentative n'était jamais punissable, parce que le crime était impossible. En effet, disent-ils, pour que le crime d'avortement soit punissable, il faut quatre conditions élémentaires :

- 1^o Grossesse de la femme ;
- 2^o un fait d'avortement ;
- 3^o l'emploi de moyens artificiels ;
- 4^o l'intention criminelle de l'agent ;

Ces éléments sont communs à tous les cas d'avortement, peu importe que le crime ait été commis par la femme sur elle-même, ou par un tiers, ou par un médecin ; l'emploi d'un procédé artificiel pour interrompre la grossesse d'une femme, est l'élément matériel caractéristique du fait que la loi incrimine. C'est par là que l'avortement criminel se distingue de la fausse-couche et de l'accouchement avant terme qui, ayant une cause naturelle ou purement accidentelle ne sont évidemment pas punissables.

La théorie du crime impossible a été longtemps

considérée par les criminalistes français comme un principe fondamental du droit criminel. On lui donnait pour base un raisonnement syllogistique qui a séduit par son apparente rigueur logique. La tentative suppose un commencement d'exécution ; or, on ne peut commencer à exécuter une infraction dont l'exécution est impossible, donc la tentative d'une exécution impossible n'est pas punissable.

Cependant, quelques auteurs avaient déjà compris que la théorie du crime impossible ne pouvait être suivie dans toutes ses conséquences. Ortolan paraît être le premier qui ait nettement distingué entre différentes sortes d'impossibilités ; l'impossibilité absolue, insurmontable dans l'exécution du délit, étant la seule qui puisse faire obstacle à la tentative punissable.

Mais le fondement de la théorie tout entière, l'existence même du crime impossible est aujourd'hui révoqué en doute. On ne peut faire ici abstraction de l'influence exercée par la doctrine française et par la science allemande. L'étude de cette question a suscité dans les pays de langue germanique une littérature très abondante ; la théorie du crime impossible déjà systématisée par Fenenbach en 1888, fut reprise et établie par Mittenmaier dans ses éditions successives. Ce sont ces criminalistes qui ont précisé les distinctions de l'impossibilité, selon qu'elle est relative ou absolue, qu'elle tient à l'objet ou aux moyens. Mais le principe sur lequel

reposait tout le système fut ébranlé par des criminalistes éminents et surtout par Von Bury, dans divers articles publiés de 1867 à 1880, dans le *Gerichts Saal*. Cette critique aiguë provoqua de nombreuses réponses. Cette évolution de la doctrine amena une évolution de la jurisprudence et le célèbre arrêt du tribunal supérieur du 24 mai 1880, a définitivement libéré la pratique allemande des subtilités du crime impossible.

Cette théorie admise autrefois sans contestation en Belgique, en Italie, en Autriche et en Russie, et qui a pénétré dans certains codes paraît aussi y décliner ; plusieurs projets de codes pénaux récents l'abandonnent ; l'influence des théories allemandes était déjà visible dans les travaux de Hans et dans la première édition du traité de M. Garrand, mais ces auteurs s'en étaient tenus à l'opinion de Mittenmaier.

L'affaire Monty, en 1895, qui préoccupa l'opinion publique, amena les criminalistes français à un nouvel examen de la question. M. Saleilles, dans un remarquable article paru dans la revue pénitentiaire, conclut que le crime dit impossible constitue dans tous les cas, une tentative punissable.

M. Gallet soutient les mêmes conclusions.

Il ne semble pas que la théorie classique, puisse résister à ces critiques. Pour la rendre acceptable, il faut y introduire des distinctions. Ses partisans les plus logiques se sont toutefois attachés à démon-

trer qu'il ne pouvait y avoir plusieurs sortes d'impossibilités et ils ont raison sur ce point ; mais ils aboutissent ainsi à des conséquences inadmissibles, que la pratique n'a pu sanctionner et qui heurtent la conscience publique. On a même démontré clairement qu'en dernière analyse, on ne pourrait que très exceptionnellement punir la tentative et surtout le crime manqué qui sont presque toujours de véritables crimes impossibles : Un individu tire un coup de fusil sur le lit d'une personne qui venait de le quitter, certes le crime est impossible, mais il ne l'est pas si la victime se trouvait à quelques centimètres hors de la portée de l'arme, un peu trop à gauche ou à droite.

Si on ne peut distinguer entre les diverses impossibilités et si manifestement la loi punit des infractions impossibles, la conséquence est qu'on doit punir dans tous les cas ; les théories objectives ont seules obscurci cette matière. En réalité lorsqu'une loi incrimine la tentative et le crime manqué, elle se place au point de vue subjectif ; elle ne punit pas par ce qu'il y a eu préjudice social matériel, mais par ce que l'intention de l'agent manifestée par des actes proches du délit prouve sa culpabilité et sa nature dangereuse.

Toutes les fois donc que ces actes et cette intention particulière existeront, la tentative sera constituée sans qu'il y ait lieu de rechercher si le délit était possible ou impossible.

M. Garrand ne va pas jusque là. Il distingue entre l'impossibilité du fait dont il n'y a pas lieu de tenir compte et l'impossibilité de droit qui implique l'existence de la tentative parce qu'elle implique l'inexistence de l'infraction telle que la loi l'a prévue et définie. Ainsi ne serait pas tentative punissable le fait de pratiquer des manœuvres abortives sur une femme qui n'est pas enceinte, par ce que la grossesse est un élément du crime d'avortement.

Cette doctrine reconstitue toute la théorie du crime impossible ; ainsi elle ne permettrait pas de punir le voleur qui met la main dans une poche vide.

La jurisprudence est loin d'être fixée sur cette importante question ; certains arrêts ont clairement admis la théorie classique du crime impossible ; d'autres paraissent s'être inspirés de la distinction d'Ortalan entre l'impossibilité relative et l'impossibilité absolue ; le dernier arrêt de la cour de cassation tend manifestement à punir le délit impossible ; mais cette tendance n'est pas encore assez clairement marquée pour qu'on puisse affirmer que la Cour accepte la doctrine subjective dans toutes ses conséquences et pour marquer un changement radical de jurisprudence analogue à celui opéré en Allemagne par la décision de 1880.

La Cour de cassation a très nettement admis la théorie du crime impossible pour le crime d'avortement ; elle a jugé qu'il peut se faire que des pra-

tiques coupables, semblables à celles que prévoit l'article 317 soient opérées sur une femme ayant l'apparence d'une femme enceinte, alors qu'en réalité, il n'existe pas de grossesse et que par suite il n'y a pas d'avortement possible ; que là où se rencontre une impossibilité matérielle à la perpétration du crime même, se rencontre une impossibilité de même nature pour l'existence en fait et la qualification en droit de la tentative ; qu'il suit de là qu'en matière de tentative d'avortement, la qualification manque d'un élément essentiel, si le fait de la grossesse n'y est pas formellement énoncé.

Cette solution a encore été contestée. On peut soutenir que la tentative d'avortement n'est jamais punissable et cette opinion est celle de presque tous les auteurs ; mais du moment que la jurisprudence punit le tiers qui a tenté un avortement, on pourrait logiquement étendre cette tentative aux cas où la femme n'est pas enceinte ; la jurisprudence allemande a accepté cette conséquence ; là encore, les actes matériels commis par l'agent n'ont manqué leur effet que par des circonstances indépendantes de sa volonté. Ajoutons que la pratique se trouve ainsi débarrassée de la preuve souvent difficile de l'existence de la grossesse, il suffit d'établir les manœuvres abortives.

On peut aussi supposer que les moyens employés ne soient pas de nature à provoquer l'avortement ; dans la théorie du crime impossible, la tentative

n'existera pas ; dans la doctrine adverse, elle sera constituée si l'agent a crû que ses manœuvres avaient une puissance abortive.

On a discuté en théorie si la tentative doit être punie comme le crime consommé. Les partisans des doctrines objectives soutiennent la négative et réclament cette réforme comme un progrès. Cette opinion nous a toujours semblé fausse dans une législation qui permet au juge d'atténuer les peines, la sécurité sociale aussi bien que la justice peuvent exiger dans certains cas que les auteurs de simples tentatives soient frappés du maximum de la peine du crime qu'ils voulaient accomplir.

Certaines législations comme les lois belges, allemandes et autrichiennes punissent la tentative d'avortement ; l'article 145 du code pénal autrichien dit : « l'avortement a-t-il été tenté, mais sans résultat, la peine sera de six mois à un an de prison ». Et l'article 147 : « Est coupable du même crime, celui qui a provoqué ou tenté de provoquer l'avortement ».

A ce sujet, citons l'entrefilet que nous communique M. le Dr Cathala et qui provient d'une revue allemande du mois d'octobre dernier :

« Une jeune couturière de dix-huit printemps, pour avoir valsé de trop près avec son fiancé se crût enceinte et pour éviter les suites de cet événement, but un grand verre de vin chaud épicé de cannelle et de girofle, remède sans doute anodin,

mais qui dans le pays passe pour être un abortif de premier ordre. Inculpée de tentative d'avortement, elle fut soumise à un examen médical qui démontra d'ailleurs qu'elle n'avait jamais été enceinte. Mais, nonobstant cette constatation, le tribunal royal de Plaßen (Bavière), condamna la malheureuse Gretchen à dix jours de prison ».

Il faut que chez nous, Français, il en soit de même et que dans notre code pénal soit ajouté un article ainsi conçu : « Il y a tentative d'avortement punissable, dès qu'il est établi que l'auteur avait l'intention de provoquer l'avortement, alors même que la tentative ne pouvait avoir aucune suite du fait de l'absence de grossesse, ou à cause de l'emploi d'un moyen réputé abortif, mais inefficace ».

Voilà, à notre avis, le meilleur remède à employer contre les tentatives d'avortement.

CONCLUSIONS

1° Les avortements criminels sont très fréquents ; fréquemment des femmes font des manœuvres au moindre soupçon de grossesse bien que parfois elles ne soient pas enceintes.

2° Les manœuvres sur un utérus vide ne sont pas sans danger. Sur 16 observations recueillies, nous avons seize cas où les manœuvres ont entraîné des accidents plus ou moins graves, six femmes sont mortes.

Comme moyens prophylactiques à employer :

1° Il faut combattre le malthusianisme par des cours et des conférences.

2° Une loi s'impose qui admette comme crime les manœuvres abortives même restées sans effet.

Vu : le Président de Thèse,

PAUL BAR.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Annales de la société obstétricale de France, 1902.
- Annales de la société obstétricale de France, 1908.
- Des moyens de remédier à la fréquence des avortements
criminels par M. le Professeur Bossi de Gênes.
- Annales de la société obstétricale de France, 1909.
- BALTHAZARD. — Précis de médecine légale.
- P. BROUARDEL. — L'avortement.
- G. DAVID. — Thèse sur la durée du travail de l'avortement
criminel par manœuvres directes, 1899.
- DELMAS. — L'obstétrique, en marge de la dépopulation.
- ESCANDE. — Thèse, Paris 1903. Contribution à l'étude cli-
nique des avortements et en particulier des avorte-
ments criminels.

LACASSAGNE. — Précis de médecine légale.

PATRU. — Revue médicale de la suisse Romande.

Société médicale de Genève, 4 mars 1896.

PFEIFFER. -- Thèse, Paris 1909 Essai d'une prophylaxie de l'avortement criminel.

Code pénal français.

